

○南関町社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱

平成22年4月1日訓令第11号

改正

平成24年1月30日訓令第2号

平成27年10月15日訓令第28号

平成31年1月29日訓令第1号

南関町社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱

(目的)

**第1条** この要綱は、低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者の負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用の促進を図ることを目的とする。

(軽減の対象費用)

**第2条** 軽減の対象となる費用は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）に係る利用者負担額並びに食費、居住費、滞在費及び宿泊費（短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。）に係る負担額（以下「利用者負担額」という。）とする。

(軽減を行う社会福祉法人等の申出)

**第3条** 利用者負担額の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、当該社会福祉法人等が介護保険サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び町長に対して社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書（様式第1号）を提出しなければならない。

(軽減の対象者)

**第4条** 利用者負担額の軽減の対象となる者は、市町村民税非課税世帯に属する者であつて、次の各号のいずれも該当するもののうち、町長が生計困難であると認めた者及び生活保護受給者とする。ただし、旧措置入所者で、利用負担割合が5パーセント以下の者については、対象としないが、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額に限り軽減の対象とし、生活保護受給者については、個室の居住費に係る利用者負担額について、軽減の対象とする。

- (1) 世帯の年間収入が単身世帯で150万円以下であり、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- (2) 世帯の貯金等の額が単身世帯で350万円以下であり、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- (3) 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を有していないこと。
- (4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- (5) 介護保険料を滞納していないこと。

(軽減の申請)

**第5条** 利用者負担額の軽減を受けようとする者（以下「軽減申請者」という。）は、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書（様式第2号）に、次の掲げる書類を添付し、町長に提出しなければならない。

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) 被保険者本人及び当該者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の市町村民税非課税証明書
- (3) 被保険者本人及び当該者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の預貯金等の写し
- (4) 世帯の総収入及び資産の保有状況が確認できるもの

2 前項の規定にかかわらず、申請書に添付する書類により証明する事項が公募等により確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

(軽減の決定)

**第6条** 町長は、前条の規定による申請があつた場合において、審査の上適当と認めるときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証（様式第3号。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

(利用負担額の軽減)

**第7条** 第3条の規定により軽減の申出を行った社会福祉法人等は、確認証を提示した利用者について、確認証の内容に基づき利用者負担額の軽減を行うものとする。

(軽減の割合)

**第8条** 利用負担額の軽減の割合は、軽減申請者の収入等の状況を勘案して、利用者負担額の4分の1（高齢福祉年金受給者については、2分の1）の範囲内において、町長が個別に決定するものとする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担の全額とする。

2 平成27年4月1日施行の生活扶助基準等の改正に伴い生活保護が廃止された者であって、廃止時点において本事業に基づく軽減又は特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかったもののうち、引き続き第4条に該当する者については、第1項の規定にかかわらず、軽減の割合を居住費意外にかかる利用者負担については4分の1（高齢福祉年金受給者は2分の1）を原則とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。

(高額介護サービス費等との適用)

**第9条** 法に定める高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費との適用関係については、この要綱の規定による軽減を行った後の利用者負担額について算定するものとする。この場合における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設及び小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者のこれらのサービス費に係る利用者負担額については、高額介護サービス費の見直しにより、この要綱の規定による利用者負担額の軽減を上回る軽減がなされることになるため、当該利用者負担額についてこの要綱の規定による軽減の対象としないこととする。

2 法に定める特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費（以下これらを「特定入所者介護サービス費等」という。）との適用関係については、特定入所者介護サービス費等の支給後の利用者負担額について、この要綱の規定による軽減を行うものとする。

(社会福祉法人等に対する助成金の交付)

**第10条** 町長は、第7条の規定により利用者負担額の軽減を行った社会福祉法人等に対して南関町社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金（以下「助成金」という。）を交付するものとする。

(助成措置の対象)

**第11条** 前条に規定する助成金の交付の対象は、社会福祉法人等が軽減した総額（本町を保険者とする利用者負担額に係るものに限る。以下「軽減総額」という。）のうち、当該社会福祉法人等

の本来受領すべき利用者負担収入（軽減対象の介護保険サービスに関するものに限る。）に対する一定割合（おおむね1パーセント）を超えた部分とし、当該社会福祉法人等の収支状況等を踏まえ、その2分の1に相当する額の範囲内で、助成するものとする。ただし、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担額を軽減する社会福祉法人等については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10パーセントを超える部分について、全額を助成とするものとする。

（助成金の交付申請）

**第12条** 助成金の交付を受けようとする社会福祉法人等は、社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金交付申請書（様式第4号）に、次に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- （1）社会福祉法人等の軽減適用者利用実績調書
- （2）その他町長が必要であると認める書類

2 町長は、前項の規定による申請があった場合において、第6条の規定に基づき適当と認めるときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金交付決定通知書（様式第5号。以下「交付決定通知書」という。）により同項の規定による申請を行った社会福祉法人等に通知し、助成金を交付するものとする。

3 前項の規定により助成金の交付の決定を受けた社会福祉法人等は助成金を請求するときは、請求書に交付決定通知書の写しを添えて請求しなければならない。

（事業実施の特例）

**第12条の2** 平成27年度においては、自らの財務状況を踏まえて自主的に事業実施が可能である旨を町長に申し出た社会福祉法人等は、前条の規定にかかわらず、第11条に規定する軽減に係る補助を受けることなく本事業を実施することができるものとする。この場合において、軽減に係る補助以外の実施方法は、第2条から第7条までに定めるとおりとする。

（助成金の交付の決定の取消し等）

**第13条** 町長は、虚偽その他不正の行為により助成金の支給を受けた者があるときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、当該取消しの部分について既に助成金の交付がされているときは、期限を定めてその返還を命じなければならない。

（その他）

**第14条** この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

**附 則**

（施行期日）

1 この告示は、平成22年4月1日から施行する。

(特例措置)

2 この告示の施行日から平成23年3月31日までの間に限り、利用者負担額（食費、居住費、滞在費及び宿泊費に係る負担額を除く。）については、第8条中「4分の1」とあるのは「28パーセント」と、「2分の1」とあるのは「53パーセント」とする。

**附 則**（平成24年1月30日訓令第2号）

この訓令は、平成24年2月1日から施行する。

**附 則**（平成27年10月15日訓令第28号）

この訓令は、公布の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

**附 則**（平成31年1月29日訓令第1号）

この訓令は、令達の日から施行し、平成30年4月1日より適用する。

**様式第1号**（第3条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

年 月 日

南関町長 様

申請者 所在地  
法人名  
代表者

㊦

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申請者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 ー )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	代表者の職 及び氏名	職 名		フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー )			
軽減 実施 予定 事業 所 の 状 況	事業所の名称	事業所番号	所在地	実施事業の種類	
軽減の開始時期	年 月 日				

様式第2号 (第5条関係)

(表面)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

フリガナ		確認番号				
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女			
住所	〒 ー 電話番号					
利用者負担額 軽減申請理由						
	氏名	申請者との 関係	市 町 村 民 税	年間収入額	預貯金等の額	
世 帯 構 成	世帯主			円	円	
	世帯員			円	円	
					円	円
					円	円
					円	円
合計				円	円	
南関町長 様						
上記のとおり、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象の確認を申請します。						
また、軽減対象の確認のため、私の世帯について必要な収入状況及びその他必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。						
また、当該申請が決定された場合には、私の居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所及び介護サービスを提供する社会福祉法人等に、当該申請事項に係る情報を提供することに同意します。						
年 月 日						
申請者 住所						
氏名		Ⓣ	電話番号			

※ 年間収入額は前年の1月から12月までの収入です(1月から6月までの申請については、前々年の1月から12月までの収入となります。)。収入は、必要経費や各種控除がなされる前の額をご記入ください。

※ 収入の種類は、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。

※ 年間収入額については、「年金支払通知書」「源泉徴収票」「確定申告書」等、必要に応じその写しを添付してください。

※ 預貯金等の額については、残高が分かる書類を提出してください(預金通帳、有価証券の写し等)。

## (裏面)

## 日常生活に供する資産以外に活用できる資産

種別	所有	所有者氏名	内容	処分できない理由
土地	有・無			
建物	有・無			
処分可能な動産	有・無			

※ 住居以外の「土地」「建物」を所有している場合には、「内容」欄に「住所、土地種別、建物種別、延べ面積」等をご記入ください。

## 申請者の扶養状況

申請者が所得税及び市町村民税の扶養控除等の対象になっていますか。	1 なっている 2 なっていない (1 なっている)に該当する場合⇒ 扶養者の氏名等を記入 [氏名： 続柄： ]
住民票は別世帯であっても、同じ家に住んでいる親族はいますか。	1 いる 2 いない (1 いる)に該当する場合⇒ 親族の氏名等を記入 [氏名： 続柄： ]

## 町記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	1 住民税[ 課税・非課税 ]
適用年月日	2 年間収入[基準額 以下・超過 ]
年 月 日	3 預貯金等金額[基準額 以下・超過 ]
から	4 資産の保有[ 有・無 ]
有効期限	5 扶養[ 有・無 ]
年 月 日	6 介護保険料滞納[ 有・無 ]
まで	7 その他 ( )

様式第3号 (第6条関係)



(表面)

社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)	
交付年月日 年 月 日	
確認番号	
被 保 険 者	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日 年 月 日 男・女
介護保険被保険者番号	
適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで
減額割合	/100
発行機関名 及び印	4 3 3 6 7 2 南 関 町 印

(裏面)

注 意 事 項

- 一次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
- 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護です。
- この確認証は、都道府県に申出のあった事業者のみ有効です。
- 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額(日常生活に要する費用については食費、居住費(滞在費)及び宿泊費に限る。)が、表面に記載されている減額割合により軽減されます。
- 被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を南関町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて南関町にその旨を届け出てください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第4号 (第12条関係)

**社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金交付申請書**  
 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

年 月 日

南関町長 様

申請者 所在地

法人名

代表者氏名

㊦

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金の交付について、南関町社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱第12条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

法人名	
法人の所在地	
助成金交付申請額	円

助成対象事業の概要

備考 この申請書に社会福祉法人等の軽減適用者利用実績調書及びその他町長が必要であると認める書類も併せて添付してください。

上記の助成金を次の口座に振り込んでください。

	金融機関名	店舗名	種目	口座番号
口座振込 依頼欄	銀行	本店	1 普通預金	
	信用金庫	支店	2 当座預金	
	信用組合	出張所	3 その他	
	農協	支店		
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

様式第5号 (第12条関係)

第 年 月 日 号

様

南関町長 印

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金交付決定通知書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

年 月 日付けで申請のありました社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成金  
交付申請書に基づき審査したところ、次のとおり南関町社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助  
成金を交付することに決定しましたので通知します。

交付決定額	円
-------	---